

**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE BENEFICIARIOS DE MEDICARE QUE TIENEN DERECHO A RECIBIRLO POR BAJOS INGRESOS (QUALIFIED LOW-INCOME MEDICARE BENEFICIARY—QMB), BENEFICIARIOS DE MEDICARE DE BAJOS INGRESOS ESPECIFICADOS (SPECIFIED LOW-INCOME MEDICARE BENEFICIARY—SLMB), Y PERSONAS QUE TIENEN DERECHO A RECIBIRLO (QUALIFYING INDIVIDUALS—QI)**

Nombre		Número de Seguro Social		Número de Medicare		Fecha	
Número de teléfono ( )		Fecha de nacimiento		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Estado civil <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	
Dirección (número, calle)			Ciudad		Estado		Código postal

Esta información es para ayudarle a solicitar beneficios de los programas de Beneficiarios de Medicare que Tienen Derecho a Recibirlo (*Qualified Medicare Beneficiary—QMB*), de Beneficiarios de Medicare de Bajos Ingresos Especificados (*Specified Low-Income Medicare Beneficiary—SLMB*) o de Personas que Tienen Derecho a Recibirlo-1 (*Qualifying Individual-1—QI-1*). El Estado les pagará las primas de las Partes A y B de Medicare, los deducibles y las cuotas de parte del seguro, a las personas que reúnan los requisitos para el programa de *QMB*. El Estado les pagará la cuota de la Parte B de Medicare a las personas que reúnan los requisitos para el programa de *SLMB* o *QI-1*. Usted puede solicitar beneficios del programa de *QMB*, *SLMB* o *QI-1*, completando y enviando por correo este formulario, a su agencia local de servicios sociales del condado.

A fin de reunir los requisitos para ser un(a) *QMB*, *SLMB* o *QI-1*, usted tiene que:

- Reunir los requisitos para la Parte A de Medicare (seguro de hospital).
- Reunir los requisitos para la Parte B de Medicare (seguro médico).
- Cumplir con los siguientes requisitos en cuanto a sus ingresos se refiere:
  - **QMB:** Ingresos netos contables al, o menos del, 100% del Nivel Federal de Pobreza (*Federal Poverty Level—FPL*) (\$796\*, ó menos, para una persona soltera, ó \$1,061\* para una pareja).
  - **SLMB:** Ingresos netos contables de menos del 120% del *FPL* (menos de \$951\* para una persona soltera, ó \$1,269\* para una pareja).
  - **QI-1:** Ingresos netos contables de menos del 135% del *FPL* (menos de \$1,068\* para una persona soltera, ó \$1,426\* para una pareja).
- \* Si usted tiene un(a) niño(a) que viva en el hogar con usted, estas cantidades podrían ser más altas. Se espera que estas cantidades aumenten cada año en abril. Si usted recibió un ajuste por el costo de vida del Título II, del Seguro Social, en enero, esta cantidad no se tomará en cuenta, hasta abril.
- No tener más de \$4,000 en bienes, que no estén libres de impuestos, para una persona soltera, ó \$6,000 para una pareja.
- Cumplir con ciertos requisitos y condiciones, como ser residente de California.

**IMPORTANTE:**

Es posible que usted reúna los requisitos para otros programas de Medi-Cal, además de los programas de *QMB* y *SLMB*, como cupones de alimentos o Medi-Cal, con un gasto mensual disminuido (pago de parte del costo). También es posible que usted reúna los requisitos para Medi-Cal, con un pago mensual de parte del costo, si usted **sobrepasa** el límite de ingresos de los programas de *QMB*, *SLMB* y *QI-1*. Esta cobertura incluiría el pago de la prima de la Parte B de Medicare. Si usted desea solicitar beneficios de estos otros programas, maque sí, y el condado le enviará otros formularios para que los complete.  Sí  No

¿Desea usted solicitar tres meses de cobertura retroactiva para los programas de *SLMB* y *QI-1*? (no hay cobertura retroactiva para *QMB*).  Sí  No

**Enumere a todas las personas que viven en su hogar (cónyugue/niños).** Si usted tiene a más de tres personas que viven con usted, usted puede enumerarlas en una hoja aparte.

Nombre	Número de Seguro Social	Sexo M=Hombre F=Mujer	Fecha de Nacimiento	Parentesco con usted

**ENVÍE, POR CORREO, EL FORMULARIO COMPLETADO A SU AGENCIA DE SERVICIOS SOCIALES DEL CONDADO.  
(LAS DIRECCIONES SE ENCUENTRAN EN EL LADO REVERSO DE ESTE FORMULARIO)**

**A. INGRESOS CONTABLES**

**1. Complete los ingresos MENSUALES no derivados del trabajo personal, recibidos por el/la solicitante como QMB/SLMB/QI-1:**

- a. Cheque del seguro social \$ \_\_\_\_\_
- b. Beneficios de la VA (Administración de Beneficios para Veteranos) \$ \_\_\_\_\_
- c. Intereses de cuentas bancarias o certificado(s) de depósito \$ \_\_\_\_\_
- d. Ingresos por jubilación \$ \_\_\_\_\_
- e. Cualesquier otros ingresos no derivados del trabajo personal \$ \_\_\_\_\_
- f. Total de INGRESOS NO DERIVADOS DEL TRABAJO PERSONAL—  
sume de la línea a. hasta la e. \$ \_\_\_\_\_

**2. Si usted está casado(a) y vive con su CÓNYUGUE, complete los ingresos MENSUALES no derivados del trabajo personal, recibidos por su cónyugue:**

- g. Cheque del seguro social \$ \_\_\_\_\_
- h. Beneficios de la VA (Administración de Beneficios para Veteranos) \$ \_\_\_\_\_
- i. Intereses de cuentas bancarias o certificado(s) de depósito \$ \_\_\_\_\_
- j. Cualesquier otros ingresos no ganados \$ \_\_\_\_\_
- k. Ingresos por jubilación \$ \_\_\_\_\_
- l. Total de INGRESOS NO DERIVADOS DEL TRABAJO PERSONAL  
DEL/DE LA CÓNYUGUE—sume de la línea g. hasta la k. \$ \_\_\_\_\_

**3. Anote los ingresos MENSUALES derivados del trabajo personal, recibidos por el/la solicitante como QMB/SLMB/QI y el/la cónyugue:**

- m. Ingresos en bruto para la persona que quiere ser un(a) QMB, SLMB o QI-1 \$ \_\_\_\_\_
- n. Ingresos en bruto para el/la cónyugue \$ \_\_\_\_\_
- o. Total—sume las líneas m. y n. \$ \_\_\_\_\_
- p. Reste \$65 \$ \_\_\_\_\_
- q. Cantidad restante \$ \_\_\_\_\_
- r. Divida entre 2 \$ \_\_\_\_\_
- s. Total de INGRESOS DERIVADOS Y NO DERIVADOS DEL TRABAJO PERSONAL—sume las líneas f., l. y r. \$ \_\_\_\_\_

COUNTY USE	
Applicant's unearned income (line f)	\$ _____
Spouse's unearned income (line l)	+ _____
Any income deduction	- _____
Net unearned income	_____
Net earned income (line r)	+ _____
Total net income	_____
MFBU size	_____
Compare to QMB/SLMB/QI-1/QI-2 income limit.	
If over income limit, is there a spouse and/or children in the home? Complete the MC 176-2 A QMB/SLMB/QI form.	

**4. Personas que posiblemente reúnan los requisitos para ser un(a) QMB, SLMB o QI-1:**

- Usted posiblemente reúna los requisitos para ser un(a) QMB si sus ingresos están al, o son menos del, 100% del FPL (\$796\* para una persona soltera, ó \$1,061\* para una pareja).
- Usted posiblemente reúna los requisitos para ser un(a) SLMB si sus ingresos son menos del 120% del FPL (menos de \$951\* para una persona soltera, ó \$1,269\* para una pareja).
- Usted posiblemente reúna los requisitos para ser un(a) QI-1 si sus ingresos son menos del 135% del FPL (menos de \$1,068\* para una persona soltera, ó \$1,426\* para una pareja).

\* Si usted tiene un(a) niño(a) en el hogar, estas cantidades podrían ser mayores.

**B. BIENES**

Es posible que un(a) *QMB*, *SLMB* o *QI-1*, que no esté casado(a) o que no viva con su cónyuge, tenga bienes contables que seas iguales a, o menos de, \$4,000. Un(a) *QMB*, *SLMB* o *QI-1* que esté casado(a), y que viva con su cónyuge, tiene que tener bienes contables que sean iguales a, o menos de, \$6,000.

Los siguientes son ejemplos de bienes contables. **Importante:** La casa en la que viven usted y su cónyuge **no** cuenta. Un automóvil, que se use para su transporte, **no** cuenta. Si usted solicita beneficios del departamento de asistencia pública del condado, como un(a) *QMB*, *SLMB* o *QI-1*, es posible que el condado considere los bienes enumerados en este formulario de una forma diferente. Existen otros tipos de bienes que el departamento de asistencia pública del condado también tomará en cuenta, como por ejemplo, los certificados de depósito. Es **posible** o **no** que estos bienes cuenten en lo referente al límite de bienes.

Anote el valor de los siguientes bienes que le pertenezcan a usted, a su cónyuge o a ambos.

- |   |            |
|---|------------|
| 1. Cuentas de cheques   | \$ _____   |
| 2. Cuentas de ahorros   | \$ _____   |
| 3. Certificado(s) de depósito   | \$ _____   |
| 4. Acciones o valores   | \$ _____   |
| 5. Bonos u obligaciones   | \$ _____   |
| 6. Un segundo automóvil (el valor menos la cantidad que aún se deba por él)   | \$ _____   |
| 7. Una segunda casa (el valor menos la cantidad que aún se deba por ella)   | \$ _____   |
| 8. El valor de canje efectivo de las pólizas de seguro de vida, si el valor nominal de <b>todas</b> las pólizas combinadas sobrepasa \$1,500 (No incluya las pólizas de seguro de "a plazos") | \$ _____   |
| 9. Total de BIENES—sume de la línea 1 hasta la 8  | **\$ _____ |

<b>COUNTY USE</b>
-------------------

\*\* Este total no puede sobrepasar \$4,000 para una persona soltera ó \$6,000 para una pareja.

**Información adicional:** Es posible que usted reúna los requisitos para recibir **un máximo de tres meses de cobertura retroactiva** por las primas de la Parte B de Medicare, bajo los programas *SLMB* y *QI*.

**NOTA:** Es posible que las personas inscritas en el programa tradicional de Medi-Cal, además de los programas *QMB/SLMB/QI*, estén sujetas a la Recuperación de Patrimonio Sucesorio. Es posible que los beneficios de Medi-Cal, que recibió una persona después de los 55 años de edad, sean recuperables por el Estado. La recuperación podría hacerse del patrimonio sucesorio o de la persona beneficiaria que recibió la distribución/persona heredera del/de la beneficiario(a) de Medi-Cal, en el caso de que al/a la beneficiario(a) no le sobrevivan un(a) cónyuge, niños menores de edad o un(a) hijo(a) totalmente incapacitado(a) o ciego(a). **Sin embargo, las personas inscritas solamente en los programas de *QMB/SLMB/QI*, no están sujetas a la Recuperación de Patrimonio Sucesorio.**

**Yo declaro, bajo pena de perjurio, conforme a las leyes de los Estados Unidos de América y el Estado de California, que la información que he dado en este formulario es verdadera, correcta y completa.**

Firma (o marca) del/de la solicitante	Fecha
---------------------------------------	-------

<b>COUNTY USE</b>			
<input type="checkbox"/> <i>QMB approved</i>	<input type="checkbox"/> <i>SLMB approved</i>	<input type="checkbox"/> <i>QI-1 approved</i>	<input type="checkbox"/> <i>QMB/SLMB/QI-1 denied</i>

Firma del/de la Trabajador(a) de Elegibilidad	Fecha
---	-------

**Declaración sobre la Privacidad**

Las Secciones 14011 y 14012 del Código de Asistencia Pública e Instituciones permite a los departamentos de asistencia pública obtener ciertos datos de usted, para decidir si usted, o las personas que usted representa, pueden recibir beneficios de Medi-Cal. Usted tiene que proporcionar estos datos, para lograr que Medi-Cal pague todas, o parte de, sus primas de la Parte B de Medicare. No proporcionar los datos necesarios puede resultar en la denegación de los beneficios de Medi-Cal.

La información será utilizada:

1. Por el departamento de asistencia pública del condado, para establecer la elegibilidad inicial y continua para Medi-Cal.
2. Por los Sistemas Electrónicos de Datos (*Electronic Data Systems—EDS*), para tramitar reclamos y hacer las Tarjetas de Identificación de Beneficios (*Benefits Identification Cards—BICs*) para los beneficios de Medi-Cal.
3. Por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (*U.S. Department of Health and Human Services*), para realizar evaluaciones de cuentas y de control de calidad, y para verificar los números que el Estado asigna a los beneficiarios a quienes paga las primas de Medicare (*Buy-In Numbers*) y los números de seguro social (*social security numbers—SSNs*).
4. Para verificar la situación como extranjeros con el Servicio de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos (*U.S. Immigration and Naturalization Service - INS*), solamente para los extranjeros que declaran haber sido legalmente admitidos para residencia permanente, o que residan permanentemente en los Estados Unidos aparentemente de manera legal (*permanently residing in the U.S. under color of law—PRUCOL*), o los extranjeros que recibieron amnistía de amnistía, con una tarjeta I-688, válida y actualizada. La información que el *INS* recibe únicamente puede usarse, para determinar la elegibilidad para recibir Medi-Cal, y no puede usarse para la aplicación de las leyes de inmigración, salvo que usted esté cometiendo fraude.
5. Por los proveedores de servicios médicos y las organizaciones para el mantenimiento de la salud, para certificar la elegibilidad.
6. Para identificar la cobertura de seguro médico y tomar acciones de recuperación.

La información que usted proporcione se mantendrá de manera confidencial. Para obtener más información o para obtener acceso a sus expedientes, comuníquese a su agencia local de Servicios Sociales del condado o a la Administración del Seguro Social.